



A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti (*barrare l'ipotesi solo se ricorre*);

- che il coniuge/figlio/genitore/fratello fa parte del nucleo familiare ed è fiscalmente o carico del/della sottoscritt ;
- di voler ricevere il contributo richiesto mediante accreditamento in c/c bancario n. _____ presso

_____, intestato al/alla sottoscritt ,

codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e codice BIC/SWIFT:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (se il conto è estero).

ALLEGA

- copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- **certificato** di stato di famiglia rilasciato del **richiedente** rilasciato in data non antecedente a tre mesi contenete il nominativo della persona destinataria dell'assistenza domiciliare/infermieristica (*certificato non sostituibile da autocertificazione*);
- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare del **richiedente**;
- copia della sentenza di separazione, se intervenuta;
- certificazione medica , rilasciata da una struttura pubblica, idonea a comprovare l'impossibilità totale, permanente o temporanea, di poter effettuare da solo almeno tre dei seguenti quattro atti della vita quotidiana: lavarsi, nutrirsi, deambulare e vestirsi, della persona per la quale si chiede il contributo;
- documentazione fiscale idonea, rilasciata dal personale infermieristico che ha prestato l'assistenza domiciliare, contenente il dettaglio della prestazione e il costo mensile o annuale;
- copia del contratto di lavoro del collaboratore domestico;
- copia delle ricevute di pagamento delle mensilità;
- copia delle ricevute comprovanti il pagamento dei contributi previdenziali dovuti per il periodo oggetto della prestazione;
- copia certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della legge 15/10/1990 n. 295, come previsto dall'art. 4 della legge 5/2/1992 n. 104 (**obbligatorio se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti**).

Tutte le comunicazioni tra la CNPADC e i Professionisti possono essere inviate e ricevute tramite posta elettronica certificata (PEC). A tal fine nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.

Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt , letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.

Nell'area riservata ai dottori commercialisti del sito www.cnpadc.it è disponibile il servizio online "STD - Segui la tua domanda" per conoscere in tempo reale lo stato di avanzamento della lavorazione della domanda. Per accedere ai servizi online è necessario essere in possesso del codice fiscale e del codice PIN.